



ANEXO I SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA

ADHESION PARA CERTIFICACION RECERTIFICACION (marque lo que corresponda)

Registro N° AAFH-CECE:- (No completar, espacio reservado para AAFH-CECE)
(Sírvese completar con letra de imprenta legible ó formato electrónico. Si se encuentra algún campo incompleto, la solicitud será devuelta al firmante)

EL/LA QUE SUSCRIBE, FARMACÉUTICO/A (apellido y nombre).....

Con DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número)con MATRICULA FARMACEUTICA
N° Expedida por el COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE ó MINISTERIO (según
corresponda).

TITULO DE FARMACEUTICO expedido por UNIVERSIDAD

Fecha de expedición: / /

CON EJERCICIO PROFESIONAL ACTUAL EN (establecimiento de Salud).....

Sito en calleN° Localidad

CPProvincia Teléfono:

CON(Número y letras) AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO EFECTIVO
DE LA PROFESION FARMACEUTICA y(número y letras) AÑOS DE ANTIGÜEDAD
CONSECUTIVOS E INMEDIATOS ANTERIORES A (fecha determinada cada año por la Comisión directiva)
.....EN EL EJERCICIO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA, **completar solo para certificación.**

Con REGISTRO SOCIETARIO EN LA CATEGORIA..... DE LA ASOCIACION ARGENTINA
DE FARMACEUTICOS DE HOSPITAL.

Con DOMICILIO PARTICULAR EN calle..... N° Dto
..... CP..... LocalidadProvincia.....

Teléfono.....E-mail.....

Manifiesta conocer y aceptar el Reglamento General de Certificación y Recertificación Profesional de la Especialidad en Farmacia Hospitalaria de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital, solicitando se registre su adhesión voluntaria para certificar la Especialidad Farmacia Hospitalaria en *fecha determinada cada año por la Comisión directiva*

En (localidad), a losdías del mes dedel
año....., se firma el presente en carácter de **Declaración jurada** al pie, en prueba de
conformidad.

FIRMA

ACLARACION
